

FISTULA VESICO-UTERINA

Prof. Aux. Dr. León María METZ
 Prof. Aux. Dr. Ignacio ROSETI
 Dr. Juan M. Viñas LEIRO

Institutos Médicos Antártida - Sanatorio Lavalle

Las fístulas vesico-uterinas serán producidas cada vez con mayor asiduidad, dando el número creciente de las operaciones cesáreas y su reiteración.

La bibliografía es vasta y, desde el año 1889 hasta la fecha, numerosos autores extranjeros y argentinos, incluso numerosos consocios, han presentado su casuística personal. No entraremos en detalles sobre la génesis, sintomatología y diagnóstico, generalmente ya mencionados en los anteriores trabajos. El caso que motiva esta presentación es el siguiente:

Paciente M.P. de G.; H.C.I. 167.839 de Institutos Médicos Antártida, internada el 16/12/71 por trabajo de parto

Antecedentes: quintigesta, tres partos normales en los años 1953, 1955 y 1957, el cuarto con cesárea en el año 1963, y el actual. Embarazo a término de evolución normal hasta la fecha; cuello dilatado 4 cm, bolsa rota y presentación cefálica entre el 1° y 2° planos. Contracciones de intensidad normal cada 5 minutos. Durante la evolución del trabajo de parto, la paciente manifiesta intenso dolor suprapúbico que se interpreta como una dehiscencia de la cicatriz de la cesárea anterior; en ese momento completa la dilatación produciéndose el parto por vía baja, presentando una distocia de hombro que se soluciona manualmente con facilidad. Feto masculino de 3.200 Kg., alumbramiento espontáneo. Se explora manualmente la cavidad uterina, confirmando el diagnóstico de rotura de segmento, por lo que se decide la operación en forma inmediata. Se canaliza a la paciente y trasfunde de urgencia.

Parta quirúrgico

Cirujanos: Dr. Ignacio Roseti
 Dr. León María Metz
Ayudante: Dr. Juan C. Corneli

Anestesia general.

Laparotomía mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo se comprueba sangre en cavidad. Rotura uterina a nivel del segmento inferior, con un gran hematoma prevesical; extrayendo los coágulos se comprueba que la rotura uterina se prolongaba hacia el pubis interesando la totalidad de la pared posterior vesical, desde el trígono a la cúpula, formando una T. Se liberan ambos órganos y se coloca sonda Pezzer en vejiga, procediendo a la sutura por separado, con puntos alternativamente en el útero (con cromado 2 en un plano) y con 00 simple en dos planos en vejiga. Post-operatorio afebril, quitándose la sonda al 11° día y alta al 12°, con buen estado general.

Un año después, la paciente refiere que durante el período menstrual, presentaba orina hematórica (menuria), conjuntamente con cistalgias, por lo cual consulta. Se comienza el estudio con el diagnóstico presuntivo de fístula vesico-uterina.

Examen: periné normal, vagina amplia, elástica e indolora; cuello formado, algo acortado en su trayecto vaginal, de consistencia normal, orificio externo cerrado. Cuerpo uterino algo aumentado de tamaño y de consistencia disminuída, deformado y móvil; fondos de sacos laterales y posterior elásticos y libres. El anterior acortado y fijo; anexos no se palpan. Al

especulo; cuello sano; se hace Papanicolau.

Urograma: normal.

Cistoscopia: orificio fistuloso en zona retrorrigonal.

Histero-salpingografía: se rellena la cavidad uterina y trompas conjuntamente con la vejiga, observando claramente el trayecto fistuloso. Se indica la laparotomía para corregir la fístula vesico-uterina.

Parte quirúrgico:

Cirujano: Dr. León María Metz

Ayudante: Dr. Juan Viñas Leiró

Anestesia peridural.

Incisión mediana infraumbilical. Por vía transperitoneal, se localiza útero deformado y firmemente adherido a la vejiga; se liberan ambos órganos con dificultad, extirpando la zona perifistulosa vesical, conjuntamente con el trayecto; cierre de la pared vesical en dos planos con catgut simple 00, y continuando con la histerectomía subtotal interfacial con suspensión de la cúpula vaginal a los ligamentos redondos. Sonda Pezzer por vía uretral que se retira al 9º día. Alta al 11º en buen estado general.

El informe anátomo-patológico es el siguiente: miometrio sumamente engrosado a nivel del segmento anterior, con trayecto fistuloso que atraviesa todo el espesor de la pared. Pared vesical con intenso infiltrado inflamatorio crónico y vasos de neoformación. A nivel de la fístula, existe una invaginación de la mucosa endometrial, con una intensa metaplasia pavimentosa.

El motivo de la presentación de este caso estriba en la rareza del proceso desencadenante; no fue una cesárea, ni forceps, ni compresión prolongada de la cabeza fetal, ni intervención ginecológica ni urológica inmediata: fue una contracción brusca y violenta del útero, capaz de expulsar al feto por un lado y de desgarrar conjuntamente el segmento con la vejiga adherida.

El motivo por el cual se realizó la histerectomía fue la edad de la enferma (44 años), la deformidad cicatricial uterina y cinco hijos sanos. No se realizó la histerectomía total por una gran fibrosis pericervical que hacía inconveniente el aislamiento de los uréteres, logrando con la técnica interfacial casi el mismo resultado.

bacti-uril

< trimetoprima + sulfametoxazol + diaminofenilazopiridina >
Comprimidos recubiertos

en la infección genitourinaria,
aporta doble control:

1. Etiológico

< trimetoprima + sulfametoxazol >

2. Sintomático

< diaminofenilazopiridina >

bacti-uril

Terapéutica de elección para
el tratamiento causal y sintomático
de las infecciones genitourinarias
agudas y crónicas de ambos sexos

 Productos
Marxer